

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

361

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis LECLÈRE

Né à Bazancourt (Marne), le 23 juillet 1887

L'Hystérotomie vaginale antérieure
EN OBSTÉTRIQUE

(Opération de Dührssen-Bumm)

Président : M. BAR professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vr°)

1912

361

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550227_0029

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

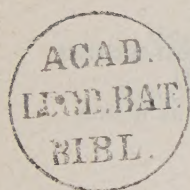
Louis LECLÈRE

Né à Bazancourt (Marne), le 23 juillet 1887

L'Hystérotomie vaginale antérieure

EN OBSTÉTRIQUE

(Opération de Dührssen-Bumm)



Président : M. BAR professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TESSIER
Pathologie chirurgicale.	X.
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon amour filial.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE REIMS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de
Médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BOVIS

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique
à l'École de Médecine de Reims
Chirurgien-adjoint des Hôpitaux de Reims

A MES AMIS

L'Hystérotomie vaginale antérieure

EN OBSTÉTRIQUE

(Opération de Dührssen-Bumm)

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Dans le choix des opérations obstétricales qui permettent à l'accoucheur de délivrer rapidement une femme lorsque son état commande l'intervention, il ne semble pas qu'on ait jusqu'ici en France réservé à l'hystérotomie vaginale antérieure la place à laquelle elle semble avoir droit.

Cette opération, modification de la césarienne de Dührssen, a donné lieu, en Allemagne surtout, à des controverses nombreuses, et des accoucheurs de renom tels que Döderlein, Henkel, Seitz et d'autres, n'ont pas hésité à la considérer dans certains cas comme une opération de choix. L'opération a été faite beaucoup moins souvent en France. On pratique dans certains cas la césarienne de Dührssen, mais on opère rarement suivant la technique de Bumm. M. le professeur Bar pourtant l'emploie et la trouve avantageuse dans certains cas. M. Brindeau l'a pratiquée également.

Nous avons l'intention d'étudier ses avantages et ses inconvénients, ainsi que les résultats qu'elle a donnés jusqu'ici, particulièrement dans les cas d'éclampsie, de placenta prævia et de prolapsus, après avoir examiné les observations qu'en ont donné les auteurs. Nous avons écarté de parti-pris toutes celles qui concernaient l'opération de Dührssen, pour nous en tenir uniquement à l'étude de l'hystérotomie vaginale antérieure, considérée en elle-même et dans ses résultats. Un certain nombre d'observations françaises n'ayant pas encore été publiées, nous nous sommes servi surtout de celles qui ont paru à l'étranger.

Nous avons ajouté à la suite de cette étude quelques observations inédites dues à l'obligeance de M. le Dr de Bovis qui a bien voulu nous inspirer ce travail. Depuis trois ans, en effet, notre maître pratique assez couramment cette intervention dans tous les cas où elle paraît indiquée. M. le professeur de Bovis, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'École de médecine de Reims, a été pour nous un maître érudit autant que dévoué. Il a bien voulu mettre à notre service sa riche documentation et son expérience. Nous le prions d'accepter ici nos plus vifs sentiments de reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Bar d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION

CARACTÉRISTIQUE. — Dans l'opération césarienne vaginale, Dührssen sectionnait à la fois la paroi antérieure et la paroi postérieure du col. Bumm, en 1902, apporta à la technique une modification importante : il fit porter l'incision uniquement sur la lèvre antérieure du col, et la prolongea sur le segment inférieur de l'utérus, rendu accessible par la traction sur le col et le décollement de la vessie.

ANESTHÉSIE. — En raison de sa courte durée et de l'insensibilité relative de la région, cette opération a déjà été pratiquée sans anesthésie, dans les cas pressants de forte dyspnée ou de collapsus cardiaque (Rotter). Dans un cas, Bumm se servit de l'anesthésie locale à la cocaïne. La plupart des auteurs allemands emploient soit l'éther, soit le chloroforme, et parfois les deux successivement.

EMPLOI DU BALLON. — Quelques opérateurs, après Dührssen, emploient systématiquement le ballon dilateur avant l'opération, afin de distendre déjà le segment inférieur avant de l'inciser.

D'autres préfèrent recourir à la section simple, qui est plus rapide, et souvent suffisante pour l'extraction de l'enfant.

INCISION VAGINO-PÉRINÉALE PRÉVENTIVE. — Dührssen recommande vivement l'incision latérale des tissus vaginaux et périnéaux pour agrandir le champ opératoire, faciliter les manœuvres et éviter les déchirures. Nous pensons qu'il n'y a pas lieu de la pratiquer systématiquement, les conditions variant avec chacun des cas ; on pourrait la pratiquer au moment de l'extraction, si on le jugeait indispensable.

INCISION DE LA MUQUEUSE VAGINALE. — Il faut sectionner la muqueuse vaginale antérieure, afin d'avoir une voie d'accès sur la vessie pour la décoller, et sur le segment inférieur pour l'inciser.

A cet effet, Bumm conseille de mettre à découvert le col au moyen d'une ou de deux grosses valves. Avec deux pinces de Museux, on saisit fortement la lèvre antérieure de chaque côté de la ligne médiane et on tire vers le bas de façon à déplisser le cul-de-sac vaginal antérieur. On fait alors sur la paroi vaginale antérieure « une incision sagittale longue de 5 à 7 centimètres qui coupe la muqueuse jusqu'au col » (Bumm).

Döderlein pratique d'abord, avec la pointe des ciseaux, une petite boutonnière transversale à la jonction de la paroi vaginale antérieure et du col. Il

introduit dans cette petite ouverture les ciseaux entr'ouverts, et, presque sans les faire mouvoir, pousse modérément et sectionne ainsi d'arrière en avant et sur la ligne médiane la muqueuse jusqu'au voisinage de l'orifice urétral.

Rotter, et d'autres opérateurs font, dans le cul-de-sac vaginal antérieur, une incision transversale semblable à celle dont on se sert d'ordinaire pour pratiquer l'hystérectomie vaginale. Ils trouvent qu'on a ainsi une voie d'accès plus large sur la vessie, dont la partie postéro-inférieure devient plus accessible. Le décollement en serait par suite plus aisé. D'autres font une incision en forme de T, combinant ainsi les deux incisions.

PROTECTION DE LA VESSIE. — Quelques coups de ciseaux prudents dissocient le tissu cellulaire entre le col et la vessie. Le doigt, coiffé d'une compresse et introduit dans l'extrémité supérieure de la plaie, refoule en haut la vessie et l'isole autant que possible du segment inférieur. Ce décollement se fait avec une facilité remarquable chez la femme gravide. « Un tissu cellulaire lâche sépare la face postérieure de la vessie, non seulement de la face antérieure de l'utérus, mais encore de la portion supérieure du vagin et ce tissu cellulaire est d'autant plus abondant que nous remontons plus profondément » (Jeannin). Pour protéger plus sûrement la vessie, on met parfois un tampon à demeure dans le haut de l'incision.

INCISION DU COL ET DU SEGMENT INFÉRIEUR. — On fend ensuite la lèvre antérieure du col jusqu'à l'orifice interne, puis on saisit avec des pinces de Kocher les bords de la plaie qu'on abaisse autant que possible. On continue alors la section sur la partie basse du segment inférieur et on repousse encore, si besoin est, la vessie attirée elle aussi: « Lorsqu'on répète cette manœuvre un certain nombre de fois, la paroi cervicale et utérine antérieure se laisse facilement atteindre sur 8 à 12 centimètres, sous le contrôle des yeux, sans que le cul-de-sac péritonéal antérieur soit ouvert. Une telle incision permet l'introduction de la main et aussi l'extraction d'un enfant à terme » (Bumm). Il faut que l'incision soit grande, car la déchirure qui se produirait, si elle était insuffisante, risquerait d'intéresser le péritoine ou les gros vaisseaux placés latéralement. Il est bon de pincer au fur et à mesure les lèvres de la plaie, afin d'éviter l'hémorragie. Quelques accoucheurs, ayant introduit le ballon au début, incisent jusqu'à ce qu'il puisse sortir, Beckmann préfère le laisser pour qu'il dilate l'incision. La plaie utérine serait ainsi moins longue, l'utérus revenant sur lui-même après l'accouchement.

EXTRACTION DE L'ENFANT. — On rompt la poche des eaux si cette rupture ne s'est pas produite naturellement ou accidentellement pendant les premiers temps de l'opération. Presque tous les auteurs conseillent de pratiquer ensuite la version et l'extrac-

tion. Si la tête fœtale n'est déjà pas trop engagée, il est aisé d'aller saisir un pied, par l'ouverture pratiquée, et d'amener le siège dans le segment inférieur. Dœderlein opère suivant la méthode de Braxton Hicks. Si la tête est trop enclavée, on peut terminer rapidement par une application de forceps.

DÉLIVRANCE. — Il est préférable de ne pas se hâter de pratiquer la délivrance parce que, faite sitôt l'extraction, elle prédispose aux hémorragies par atonie, si graves parfois. Si l'on attend au contraire que l'utérus soit un peu revenu sur lui-même, et que la délivrance spontanée se produise, les hémorragies sont peu importantes (Bumm). Beckmann emploie le plus souvent la méthode d'expression de Crédé. Sur 43 césariennes vaginales antérieures, il a extrait trente-deux fois le placenta suivant ce procédé, en attendant un quart d'heure environ après l'expulsion de l'enfant ; quatre fois il eut recours à l'extraction manuelle, sept fois l'expulsion spontanée se produisit. A moins de danger immédiat, il est donc indiqué d'attendre un peu pour pratiquer la délivrance.

SUTURES. — On commence la suture de la paroi utérine au calgut, par le haut, en ayant soin de coapter exactement les deux lèvres de la plaie pour éviter un bâillement de la partie supérieure de l'incision. La suture est faite en surjet ou en points séparés. On suture ensuite en surjet la muqueuse vaginale.

TAMPONNEMENT. — Dührssen recommande de tamponner dans chaque cas. Beaucoup d'opérateurs se dispensent de cette précaution et mettent seulement, si la plaie saigne trop, un tampon provisoire qu'on enlève à la fin de l'opération. La suture suffit dans la plupart des cas à assurer l'hémostase.

INJECTIONS. — Si l'on craint l'infection, on peut pratiquer une injection vaginale de sublimé à titre très faible. On peut, dans les cas simples, laver à l'eau stérilisée le champ opératoire pour le débarrasser des caillots.

DRAINAGE. — Bumm recommande, si le col n'était pas dilaté au préalable, de placer dans l'utérus une canule de verre qui facilite l'écoulement de la sérosité. Le drainage utérin semble abandonné à l'heure actuelle. Il est bon de drainer l'espace pré-cervical. Entre deux points de suture de la muqueuse vaginale on introduit une mèche de gaze iodoformée ou simplement aseptique, qu'on enlève vingt-quatre heures après.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Ils consistent simplement à veiller à la propreté du pansement vulvaire. Quant à l'enfant, un aide le prend sitôt l'extraction pour le ranimer, s'il est besoin, au moyen des procédés habituels.

DURÉE DE L'OPÉRATION. — L'opération est de très courte durée. Toute l'opération, y compris la suture

et la délivrance, dure une demi-heure d'après Bumm. Si l'on attend, comme lui, un quart d'heure pour pratiquer la délivrance, l'opération dure en réalité quinze minutes seulement. D'autres ont mis moins de temps, dix, cinq minutes (Dœderlein). Elle est faite plus rapidement que la césarienne classique et que la supra-symphysaire. La plupart de ses succès d'ailleurs sont dus à la rapidité avec laquelle elle peut être conduite.

CHAPITRE III

INDICATIONS

Les indications de l'opération varient suivant les auteurs, et surtout suivant les résultats qu'elle leur a donnés. Les uns voudraient la voir appliquer dans tous les cas qui nécessitent une délivrance immédiate, à condition que le bassin osseux n'apporte pas un obstacle sérieux à l'extraction. D'autres se refusent à l'employer dans aucun cas, la jugeant dangereuse en raison de la possibilité de déchirures et d'hémorragies.

Voici celles que nous avons généralement trouvées à la lecture des observations et qui semblent admises par la plupart des opérateurs :

1° DANGER, POUR LA MÈRE, RÉSULTANT DE L'INFECTION. — Ce sont les cas d'infection génitale ou de fièvre septique, dans lesquels il serait dangereux de pratiquer la césarienne classique ; les cas de femmes ayant subi des touchers et des explorations multiples, qui sont depuis longtemps en travail ou dont la poche des eaux est rompue.

2° DANGER RÉSULTANT DE LA DYSTOCIE DES PARTIES

MOLLES, comme la distension excessive, en forme de sac, de la paroi du segment inférieur, avec menaces de rupture; la rigidité du col, consécutive à des cicatrices résultant d'interventions ou de lésions antérieures; son hypertrophie pathologique; le prolapsus;

3° DANGERS QUI POURRAIENT DISPARAITRE APRÈS L'ÉVACUATION RAPIDE DE L'UTÉRUS. — Seraient surtout justiciables de l'intervention, l'éclampsie, le décollement prématuré du placenta, le placenta prævia. Elle a été entreprise aussi dans des cas de vomissements incoercibles, de maladies du cœur non compensées (une observation de Brindeau s'y rapporte), de tuberculose avancée, mais elle ne saurait trouver dans ces cas des avantages supérieurs à ceux des autres méthodes;

4° DANGER POUR L'ENFANT. — Dans les cas d'agonie ou de mort rapide de la mère, de dilatation insuffisante du col, de faiblesse des contractions utérines, de longue durée du travail; dans les présentations transversales qui ne bénéficient pas de la version simple, dans les irrégularités et l'affaiblissement du cœur fœtal.

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS

Une contre-indication importante à l'opération est le rétrécissement du bassin, puisqu'il s'oppose à l'accouchement par la voie basse, à moins que le fœtus puisse traverser la filière pelvienne, soit avant terme, soit après basiotripsie s'il est mort, soit enfin qu'on ait obtenu auparavant l'élargissement du bassin par pubiotomie. Il ne faut pas oublier, toutefois, que la dystocie osseuse s'accompagne souvent de dystocie des parties molles et que les manœuvres opératoires pourraient devenir de ce fait particulièrement difficiles. On aurait tout avantage, dans le cas de fœtus vivant et de rétrécissement du bassin, à pratiquer la césarienne classique, ou bien, dans les cas d'asepsie douteuse, la césarienne supra-symphysaire.

L'hystérotomie vaginale ne pourrait être faite non plus dans les cas de volumineuse tumeur occupant l'excavation. On pourrait tout au plus, dans ce cas, pratiquer la césarienne de Dührssen suivie d'hystérectomie.

L'œdème de la vulve dans l'éclampsie, et l'œdème

du col ne sont pas pour Dührssen des contre-indications à l'opération.

Enfin, dans les cas de fœtus volumineux, il serait préférable de recourir à une autre méthode. C'est l'opinion du professeur Bar et de beaucoup d'opérateurs étrangers.

Enfin, « dans tous les cas où il n'est pas indiqué d'obtenir un résultat tout à fait immédiat, la dilatation avec le ballon sera préférée, à moins que l'état du col ne soit une contre-indication » (Prof. Bar).

CHAPITRE V

SON APPLICATION DANS L'ÉCLAMPSIE

Il semble qu'à l'heure actuelle, la tendance se généralise, parmi les accoucheurs, à traiter chirurgicalement l'éclampsie. Si l'on considère, en effet, le peu de résultats qu'on obtient avec les moyens médicaux, qui sont surtout des calmants, on est frappé de la nécessité qu'il y a d'agir énergiquement et de supprimer chez l'éclamptique la source des poisons qui l'intoxiquent. Souvent, la vie de l'enfant ne compte plus et les chances de survie de la mère deviennent d'autant plus rares que le nombre et la violence des accès redoublent avec le travail et les fatigues de l'accouchement.

Il n'est pas de procédé obstétrical qui réponde aux conditions d'un bon traitement opératoire de l'éclampsie. L'éclamptique qu'on se décide à opérer est souvent cyanosée, dyspnéique, parfois dans le coma : il faut l'accoucher vite, sans grand traumatisme, avec des plaies minimales, et peu de chances d'infection ; il faut lui ôter toute possibilité de travail. La césarienne vaginale seule répond à tous ces desiderata.

En effet, la dilatation du col, qu'elle soit manuelle ou instrumentale, est assez longue; elle excite le muscle utérin, et, par suite, elle appelle de nouveaux accès.

La césarienne classique serait applicable aux femmes non infectées, et dont l'état général ne serait pas trop grave déjà, quand les attaques ne sont pas trop fréquentes encore. Ces conditions sont rarement réunies. Les résultats de la césarienne classique sont d'ailleurs défavorables. Jeannin, après Kettlitz et Hilmann, donne une mortalité maternelle de 47 à 50 o/o.

La césarienne vaginale est tout indiquée, au contraire, c'est une opération simple, les incisions sont faciles et l'abaissement du segment inférieur se fait presque sous la seule traction. Elle est rapide puisque du début de l'incision à l'extraction de l'enfant, quatre à cinq minutes suffisent à Döderlein pour la pratiquer. Le *shock* opératoire est minime, et si grave que soit l'état de la parturiente, on peut opérer.

La césarienne vaginale peut-elle faire mourir d'infection les éclamptiques qui y sont si prédisposées ? Les chiffres de Beckmann nous renseignent à ce sujet : sur 43 césariennes vaginales antérieures pratiquées pour éclampsie, il eut « deux cas d'infection septique sur huit morts, soit un quart des cas de mort, ce qui donne, en estimant comme Duhrssen la mortalité de la césarienne vaginale à 1 o/o, une mortalité de 4,6 o/o par infection septique, sur toutes les opérées » ; et la cause de ces morts par

infection n'est pas l'opération puisque la fièvre puerpérale est très fréquente après l'éclampsie. D'ailleurs, Beckmann cite par comparaison les chiffres de Stolypinsky, de la maison d'accouchements de Saint-Petersbourg : « Sur 155 cas, il y eut 26 cas de mort, dont 8 de septicémie, soit 5,1 o/o de mortalité infectieuse. D'après J.-W. Sudakoff, les cas de mort par septicémie représentaient la moitié des cas de mort dus à l'éclampsie, à la clinique du professeur Reins, desorte que la mortalité infectieuse, dans l'éclampsie, s'élevait à 7,2 o/o (Beckmann). Le danger d'infection n'est donc pas accru du fait de l'opération, puisque Beckmann, qui opère, a moins de décès par infection que ces deux auteurs qui ne pratiquent qu'exceptionnellement la césarienne vaginale.

La statistique, d'ailleurs, est toute en faveur de l'opération, non seulement au point de vue de l'infection, mais aussi au point de vue des accès ultérieurs. Dans le traitement expectatif, les attaques persistent après l'accouchement dans 55 o/o des cas (Beckmann) (La statistique porte sur 210 cas). Après l'accouchement prématuré elles reviennent dans 35,5 o/o des cas. Sur les 43 éclamptiques que Beckmann traita par la césarienne vaginale, 12 seulement eurent de nouveaux accès, soit 28 o/o des cas. « De ces 12 malades, 7 eurent encore de 1 à 5 attaques; 4 en eurent de 5 à 10. Une enfin en eut 18 encore. »

Les chiffres de Beckmann sont aussi éloquentes dans le tableau comparatif qu'il donne de la mortalité maternelle, suivant que le traitement était

conservateur (de 1904 à 1909) ou qu'on a pratiqué la césarienne vaginale antérieure (1910-1911). Il cite ses 43 interventions et y joint 53 cas recueillis par lui dans la littérature russe.

Le traitement conservateur donne ;

Sur 13 cas d'éclampsie pendant la

gravidité.....	30,7 o/o de mortalité	
Sur 65 cas intra et post-partum.....	38,6 o/o	—
Sur 51 cas post-partum.....	31,3 o/o	—

Au total, sur 210 cas, la mortalité est de 32,9 o/o.

Les résultats sont les suivants depuis l'application de la césarienne vaginale :

1 cas pendant la gravidité...	0 o/o de mortalité	
42 cas intra-partum.....	14 o/o	—
25 cas intra et post-partum...	24 o/o	—
28 cas post-partum.....	18 o/o	—

Soit, sur 96 cas, 18 o/o de mortalité seulement.

Sur 105 cas que nous avons recueillis dans les littératures allemande et russe, en dehors de ceux de Beckmann, nous trouvons des chiffres sensiblement les mêmes : 17,2 de mortalité o/o. Si nous comparons avec les autres césariennes, l'avantage de la césarienne vaginale est considérable au point de vue de la mortalité maternelle : la césarienne classique donne 47 à 50 o/o de mortalité. La supra-symphysaire donne 41,9 o/o (Thèse de Nouvian, Paris, 1912).

Beckmann donne aussi dans son intéressant article la statistique de la mortalité fœtale : avec le traitement conservateur, il perdait 30 o/o des nouveau-nés. De 1909 à 1911, cette mortalité s'abaisse à 22 o/o sur tous les cas, ainsi répartis :

43 cas de césarienne vagi-		
nale antérieure.....	11,6 o/o	de mortalité infantile
6 forceps.....	33 o/o	—
7 versions.....	71 o/o	—
10 accouchements sponta-		
nés.....	30 o/o	—

Tandis que sur 43 interventions par la césarienne vaginale il n'y avait que 5 enfants morts (11,6 o/o), dans les 24 autres cas, 10 enfants succombaient (41,6 o/o). La mortalité des enfants chez les multipares qui ont subi cette opération est de 0 o/o sur 18 cas. Chez les primipares, elle est de 16 o/o sur 25 cas (4 morts dont 3 pesaient plus de 3.000 gr.). Beckmann a le droit de conclure : « Une si faible mortalité des nouveau-nés dans la césarienne vaginale est un argument inestimable et des plus favorables à cette opération. »

Puisque les résultats sont si favorables pour la mère et l'enfant, il faut opérer, mais à quel moment ? Il faut considérer que la mortalité s'élève d'autant plus que les crises ont été plus nombreuses, ainsi que l'indiquent les chiffres suivants, encore empruntés à Beckmann :

Sur 32 femmes qui ont eu de 1 à 5 accès d'éclampsie, 2 moururent, soit une mortalité de 6,25 o/o.

Sur 7 femmes ayant eu de 6 à 10 accès, 4 moururent, soit 57,14 o/o. Et sur 4 ayant eu plus de 10 accès, 2 succombèrent, soit 50 o/o.

Il faut donc opérer assez tôt et ne pas attendre que la situation devienne si grave. Nous avons dit que l'hystérotomie vaginale pouvait être faite dans des cas presque désespérés, mais les bons résultats qu'on peut en tirer et son peu de gravité relative engagent précisément à ne pas attendre le dernier moment. La vie de la mère, et celle de l'enfant, dont on se préoccupe trop peu en Allemagne, dépendront souvent de l'esprit d'à-propos et de la décision de l'opérateur. « Si l'état paraît d'emblée grave, dit le professeur Bar, crises rapprochées ou subintrantes, coma persistant entre les accès, température élevée, pouls rapide, forte hypertension, ictère même léger, urines rares et foncées, albuminurie massive, nous inclinierions volontiers (tout en appliquant le traitement médical), en présence d'une situation rapidement menaçante, à vider l'utérus. Entre l'accouchement forcé par le dilatateur de Bossi et l'accouchement forcé sanglant par césarienne vaginale, nos préférences vont à celles-ci parce qu'elle constitue une opération chirurgicale précise et régulière ».

CHAPITRE VI

SON APPLICATION DANS LE PLACENTA PRÆVIA

Le placenta prævia place souvent les parturientes dans des conditions très désavantageuses au moment du travail. Ces femmes sont souvent, par suite des hémorragies répétées, dans un état de profonde anémie, la moindre perte sanguine peut désormais les tuer et l'accoucheur a parfois les plus vives appréhensions au moment où commence le travail. « Si jamais quelques grammes de sang, en plus ou en moins, ont pu décider d'une existence, c'est bien dans le placenta prævia » (De Bovis). Et souvent, en effet, l'hémorragie de la délivrance s'accompagne d'une syncope mortelle. Il est permis de se demander si, dans ces cas, une opération césarienne rapidement conduite n'aurait pas sauvé les patientes.

Le tamponnement, le ballon, si le col est ouvert, ce qui est loin d'être l'ordinaire, sont des moyens trop lents et souvent inefficaces. Il faut aller plus vite et plus sûrement au-devant du danger, par une opération.

La césarienne classique donne parfois de beaux résultats, lorsqu'elle est faite d'assez bonne heure,

chez des femmes qu'on a suivies avec soin dans les cliniques, et qu'on a pu garder dans un état d'asepsie non douteuse. Mais ce ne sont pas les cas les plus ordinaires. On apporte le plus souvent à l'hôpital une femme exsangue qui ne peut supporter une telle opération ; et si elle n'est pas trop anémiée, elle a subi des touchers multiples ou des manœuvres diverses qui l'ont infectée. La césarienne classique ne peut être pratiquée dans de semblables conditions.

La césarienne vaginale a aussi ses inconvénients.

L'idée de sectionner un segment inférieur vascularisé à l'excès, dépourvu de fibres musculaires suffisantes pour obturer les vaisseaux, la pensée de rencontrer peut-être le placenta sur la paroi antérieure semblent devoir refroidir au premier abord le zèle des plus fervents interventionnistes. En outre, la friabilité considérable du segment inférieur à cause du voisinage du placenta prédispose à la déchirure pendant l'opération. Enfin, si l'intervention réussit, elle n'en laissera pas moins sur le segment inférieur, si mince pendant la grossesse, une cicatrice qui ne sera pas sans danger lors des grossesses ultérieures. Nous étudierons cette question de la rupture des cicatrices dans un chapitre consacré aux dangers de l'opération, et nous étudierons maintenant ceux qui peuvent résulter, au point de vue opératoire, de la présence du placenta sur le segment inférieur.

Il est certain que des hémorragies peuvent se

produire, et en grande abondance, puisque la zone d'opération est essentiellement vasculaire. Bumm, lui-même, a abandonné l'opération après avoir perdu une patiente par hémorragie. Krœnig cite 2 cas d'hémorragie mortelle qui l'obligèrent à revenir à la césarienne classique. Sigwart décrit les difficultés qu'il eut à assurer l'hémostase, à cause de la friabilité extrême du segment inférieur, et il renonce à l'opération, la jugeant bonne seulement pour les cas, qu'on ne peut diagnostiquer le plus souvent, d'insertion placentaire sur la paroi antérieure.

Il est par contre de nombreux auteurs qui déclarent n'avoir jamais rencontré de difficultés insurmontables du fait des hémorragies. C'est ainsi que Döderlein a pratiqué trente-quatre fois l'intervention avec succès, et il ajoute : « L'hémorragie due à l'incision ne nous a jamais causé la moindre angoisse. » Il se dit partisan de l'opération à cause de sa rapidité. Henkel, qui a opéré cinq fois dans les mêmes conditions, prétend que l'hémorragie ne dépassait pas en quantité l'écoulement sanguin qu'aurait produit la seule section des tissus, et pour lui, une femme très anémiée peut subir l'opération.

La crainte de rencontrer le placenta sur la paroi antérieure est-elle justifiée et doit-on pour cela renoncer à l'opération ? M. de Bovis a incisé plusieurs fois en pleine insertion placentaire sans avoir d'hémorragie grave. Sellheim ne redoute pas non plus cette incision : « L'exposition directe de la zone qui saigne procure de plus grandes garanties que toutes les

autres méthodes parce qu'elle permet d'utiliser immédiatement et sous le contrôle de la vue tous les moyens d'hémostase. »

Il faudrait craindre plus peut-être l'hémorragie qui pourrait résulter de la déchirure de l'incision, dans le cas où celle-ci serait trop courte, surtout si cette déchirure se propageait de côté, vers les arborisations des utérines.

Il faut bien dire aussi qu'on n'est pas totalement désarmé contre ces hémorragies. Souvent la traction sur le col suffit à les arrêter momentanément, par la suture des utérines qu'elle détermine, et M. le professeur Bar parlait l'an dernier de ces cas où l'hémorragie s'arrête, quand on tire sur le col pour se rendre compte de son origine, puis se reproduit sitôt que l'accoucheur, rassuré, relâche la traction.

Bumm recommande dans tous les cas de pincer au fur et à mesure convenablement les lèvres de l'incision.

Henkel attache une grande importance à l'injection sous-cutanée d'ergotine, faite au début de l'opération, pour prévenir les hémorragies par atonie. Il a pratiqué déjà le pincement des artères utérines, à l'aide de longues pinces de Museux, appliquées profondément dans les culs-de-sac latéraux du vagin.

Mullerheim et Miller ont procédé à la ligature des artères utérines à travers la muqueuse vaginale au moyen d'aiguilles courbes.

Sigwart a employé le lien de Momburg. Dans un cas d'anémie extrême, il a eu recours à la ligature

préventive des membres inférieurs à leur racine, suivant les théories de Bauer, afin d'avoir ainsi une réserve de sang.

On pourrait, au contraire, après l'hémorragie, pratiquer une compression des membres avec des bandes de toile, de la périphérie au centre, afin de ramener le sang aux organes essentiels.

Mais on peut simplement avoir à ses côtés un aide qui, au premier signal, comprimera vigoureusement l'aorte. C'est un moyen sûr, simple, et sans danger, que recommande M. de Bovis. Il peut être prolongé plusieurs heures, permettant ainsi l'application d'une hémostase chirurgicale bien faite.

« L'extrême friabilité de la paroi antérieure est peut-être plus à redouter » (De Bovis). Et, en effet, M. de Bovis, chez une de ses opérées, fit un trou dans le segment inférieur en décollant la vessie avec le doigt. Il n'y eut pas d'hémorragie et l'incision put être faite régulièrement (obs. I). Cette friabilité est une indication nouvelle à pratiquer une incision aussi longue que possible pour éviter la déchirure, en même temps qu'à ne pas tirer trop fortement sur les pinces appliquées aux bords de la plaie.

L'infection, d'après Burger-Graf, serait favorisée dans ces cas d'hystérotomie vaginale pour placenta prævia, par ce fait que deux plaies importantes, la plaie opératoire et la plaie placentaire, se trouvent au voisinage l'une de l'autre. Henkel répond que cet argument n'est pas motivé, et que la gravité de la situation commande l'opération. Le danger d'infection

est limité par ce fait que l'opération dure peu de temps ; aussi Henkel est partisan de l'opération précoce.

Les difficultés ne sont donc pas insurmontables, et il semble que les avantages qu'on peut tirer de l'opération peuvent maintes fois plaider en sa faveur. Nous avons dit au sujet de l'éclampsie qu'elle était facile et rapide. L'étroitesse et la résistance des parties molles sont bien moins à craindre que dans les cas d'éclampsie, puisque le placenta prævia est beaucoup plus fréquent chez les multipares dont les parties génitales sont suffisamment amples pour se prêter à l'opération, que chez les primipares (le placenta prævia se rencontre chez les primipares dans la proportion de 33,92 o/o d'après Pinard, 11,7 o/o d'après Zweifel, 30 o/o d'après Simpson).

Si nous nous adressons aux statistiques, leurs résultats sont aussi en faveur de l'opération. Sur les 56 césariennes vaginales antérieures dont nous avons recueilli les observations, deux morts seulement (une mort, survenue dans un cas de Dœderlein, était due à une maladie antérieure). La mortalité est donc de 3,57 o/o. Nous avons, pour comparer, réuni 922 cas de placenta prævia traités par d'autres méthodes obstétricales, soit le ballon, le tamponnement, la version, le forceps, la rupture des membranes, pour lesquels nous avons trouvé 45 cas de mort, soit une léthalité de 4,88 o/o.

Si nous comparons maintenant les résultats des césariennes entre elles, nous trouvons pour la césa-

rienne classique une mortalité maternelle de 7 à 8 o/o (De Bovis). La césarienne supra-symphysaire donne 3,6 o/o (thèse de Nouvian, Paris 1912). Cette dernière donne à peu près les mêmes résultats que la césarienne vaginale (mortalité 3,57 o/o), mais si les résultats sont égaux, les opérations sont loin d'offrir les mêmes difficultés. L'avantage, nous semble-t-il, doit rester à l'hystérotomie vaginale antérieure en raison de sa plus grande simplicité et de ses dangers moindres.

Au point de vue de la mortalité fœtale, l'hystérotomie vaginale antérieure donne les chiffres suivants: sur 138 cas d'opérations suivant la technique de Bumm, la mortalité est de 40, 45 o/o. Les 922 cas cités plus haut et traités différemment nous donnent une mortalité de 57,36 o/o. Il est facile de comprendre que cette amélioration est due à la rapidité de l'opération, alors que les traitements palliatifs laissent souffrir l'enfant et le font pâtir le plus souvent de l'état d'anémie auquel aboutit l'organisme maternel.

Les résultats de l'opération ne sont donc pas à dédaigner et il est des cas où il faut l'entreprendre. Si l'on réfléchit que le plus souvent les femmes dont nous parlent les observations ont été opérées presque au dernier moment, alors qu'elles étaient saignées presque complètement, on pourra penser que, faite plus tôt, dans nombre de cas, elle eût sauvé beaucoup plus de mères et d'enfants.

Mais en dehors de ces cas pressants qui forcent

pour ainsi dire la main à l'accoucheur et l'obligent à intervenir, nous pensons que l'indication de l'opération sera rarement donnée, quand on aura pu surveiller depuis un moment l'état des parturientes dont le placenta est inséré sur le segment inférieur. Les moyens obstétricaux employés convenablement peuvent presque toujours arrêter les hémorragies et permettre d'attendre, sans trop d'anxiété, le moment de la délivrance.

Nous voulons parler d'un traitement, le plus simple qui soit, qu'emploie M. de Bovis, et dont les résultats sont les meilleurs que nous connaissions.

Sur 72 cas de placenta prævia traités par le professeur de Bovis, à la maternité de Reims, la mortalité ne fut que de 2,7 0/0, et encore, faut-il dire, les deux seuls décès qu'il eut à enregistrer survinrent chez des femmes amenées de loin et presque moribondes. Le seul traitement employé dans ces cas fut celui-ci : « Repos absolu au lit, injections à 45-48 degrés, éventuellement (mais pas toujours) rupture des membranes » (de Bovis). Trois fois l'opération césarienne de Bumm fut pratiquée, et deux fois la dilatation bi-manuelle de Bonnaire.

La mortalité fœtale fut, elle aussi, très basse : 17 mort-nés sur 74 enfants, soit 22,9 0/0, sans excepter les enfants qui moururent avant l'entrée des femmes à l'hôpital. M. de Bovis conseille d'employer l'eau aussi chaude qu'il est possible à la femme de le supporter, quitte même à lui verser en même temps de l'eau froide sur les parties génitales externes pour

refroidir au dehors l'eau d'injection et lui éviter des brûlures. Il conseille aussi de l'employer « *larga manu*. On fait ainsi passer d'un coup 7 ou 8 litres d'eau au moins, et l'on recommence, s'il le faut, jusqu'à ce que l'hémorragie soit tarie ou réduite à un suintement sans gravité. Si elle reparait, il faut revenir immédiatement aux injections ».

Dans la plupart des cas, où la femme est surveillée, l'opération pourra donc être évitée, mais si l'hémorragie prend des proportions inquiétantes, l'accoucheur aura dans l'opération un moyen radical et expéditif qui, en quelques minutes, pourra sauver mère et enfant.

CHAPITRE VII

SON APPLICATION DANS LE PROLAPSUS

Les faits d'opération césarienne vaginale antérieure pour prolapsus de l'utérus sont rares et peu d'auteurs voient dans cette complication de la grossesse une indication à pratiquer l'hystérotomie vaginale. Il semble cependant qu'elle pourrait être parfois appliquée avec avantage.

L'hypertrophie de l'utérus gravide contribue généralement à augmenter le prolapsus et le col prend des proportions parfois énormes. Il s'allonge beaucoup, atteint dans certains cas les dimensions invraisemblables de 15 centimètres et plus (de Bovis). En outre, il devient dur et s'épaissit. La dilatation suffisante est impossible, l'accouchement ne peut se produire. Seule une opération césarienne par la voie abdominale est indiquée.

Dans les cas, au contraire, où le prolapsus est petit, la dilatation du col peut se produire, mais très lentement.

En outre, l'utérus qui, pendant la grossesse, était remonté dans l'abdomen, redescend parfois au moment du travail ; le périnée est peu résistant et

les contractions utérines et abdominales portent à faux. L'effort se perd malgré des contractions multiples, le travail avance peu, l'utérus se fatigue, l'enfant souffre. Si, enfin, la dilatation arrive à se compléter, une application de forceps peut terminer l'accouchement. Mais l'enfant est mort souvent, et une hémorragie par atonie utérine est à craindre. Dans ces conditions, l'hystérotomie vaginale antérieure pourrait rendre de grands services. Au moment où l'enfant souffre, si la dilatation est commencée déjà, une incision sans grande étendue, faite sur la paroi antérieure, permettrait d'appliquer plus rapidement le forceps, si les conditions d'engagement se prêtaient à cette application. L'enfant serait extrait plus tôt et on éviterait ainsi à la femme les fatigues d'un long travail et les hémorragies possibles.

Si la dilatation est nulle, l'opération est facile encore. Le col prolabé s'offre, pour ainsi dire, de lui-même aux ciseaux de l'opérateur. Les manœuvres opératoires sont aisées puisque le périnée n'est pas résistant. L'utérus peut se contracter encore vigoureusement et les chances d'hémorragie sont minimales, comme on peut s'en rendre compte d'après une observation de M. de Bovis (obs. IV). L'opération dure peu et l'enfant peut être sauvé.

Dans le cas de mort de l'enfant, une incision suivie de perforation du crâne fœtal, comme dans un cas de Nacke, faciliterait l'extraction.

CHAPITRE VIII

AVANTAGES

En dehors des avantages qui résultent nettement, au point de vue spécial de l'éclampsie et du placenta prævia, de la comparaison des chiffres fournis par la statistique, il en est d'autres qui résultent de la technique même de l'opération.

L'hystérotomie vaginale antérieure évite le péritoine et c'est un avantage très appréciable dans les cas, les plus nombreux, où il faut éviter autant que possible le traumatisme opératoire. En outre, il n'y a pas de manipulation de l'intestin, la séreuse n'est même pas mise au contact de l'air. Le ventre n'est pas ouvert et l'infection de la cavité abdominale, à moins d'accidents, est impossible.

Le shock opératoire minime permet d'opérer des femmes en état de collapsus, dans des situations où toute autre opération risquerait d'être funeste à la parturiente.

La section porte sur une partie seulement de l'utérus et non sur le corps utérin, organe plus important, où elle entamerait sur une grande longueur une épaisseur plus grande de muscle. « On pratique, en un

point choisi à l'avance, une brèche dont on prétend mesurer l'étendue et qui, par sa situation, expose à un minimum de risques » (Professeur Bar).

L'asepsie ne demande pas à être aussi rigoureuse que dans les cas de césarienne classique, et dans les cas pressants on peut se borner à quelques soins de propreté.

L'hémorragie due à l'incision n'est pas importante.

Le segment inférieur, en effet, saigne moins que le corps utérin et l'incision de la muqueuse vaginale donne souvent plus de sang que l'utérus lui-même. Nous avons vu que si des hémorragies graves se sont produites parfois dans les cas de placenta prævia, au moins dans la grande majorité des cas elles ne sont pas à craindre. Et si par hasard elles se produisent, on est mieux armé contre elles que dans toute autre césarienne.

La rupture de la cicatrice, si elle se produisait lors des grossesses ultérieures, serait moins à craindre qu'après la césarienne classique, si l'on admet comme certains auteurs qu'elle se produit surtout lorsque le placenta s'insère sur la cicatrice, et si l'on réfléchit que l'insertion placentaire sur le segment inférieur est l'exception. Dans le cas où elle se produirait, elle serait aussi moins dangereuse puisqu'elle n'ouvrirait pas la cavité péritonéale.

L'accouchement se fait par les voies naturelles et l'opérateur semble simplement aider la nature. Ainsi, l'opération paraît moins inhumaine et moins

dangereuse. Elle est à cause de cela plus facilement acceptée par les parturientes et leur entourage.

La délivrance se produit naturellement et il est inutile de la brusquer comme dans la césarienne classique. Le drainage est facile à exécuter. Une simple mèche de gaze suffit. Les lochies et sérosités s'écoulent par les voies naturelles et il suffit que la femme soit maintenue dans un état de grande propreté.

Si la femme est d'une aseptie douteuse, l'hystérotomie vaginale antérieure est praticable alors qu'il y a contre-indication à la césarienne classique. Rühl a opéré une femme qui avait de la vaginite, une poche des eaux rompue depuis trois jours, une température de 39°3 et un pouls à 125. Elle guérit après quelques jours de fièvre. Dans les cas d'infection, on est libre de laisser les plaies béantes et de les drainer largement.

L'infection paraît-elle trop grave ? L'opérateur est bien placé pour effectuer, après l'hystérotomie, une hystérectomie vaginale comme l'a fait Dœderlein.

Elle est plus facile à exécuter que la césarienne vaginale de Dührssen puisqu'il est inutile de décoller en arrière le cul-de-sac de Douglas. Elle est moins dangereuse puisqu'elle ne comporte qu'une incision. Nous avons vu que le décollement de la vessie est très facile. « Le ramollissement des tissus cellulaires vaginaux et péri-cervicaux est si grand dans la gravidité que le fait de tirer sur le côté suffit à dissé-

quer les organes du voisinage et aussi la vessie » (Dœderlein).

Elle offre sur les césariennes par voie abdominale l'avantage d'arriver directement sur l'utérus, sans avoir à intéresser la paroi abdominale et les organes sous-jacents. Elle ne laisse pas de cicatrice apparente.

Du fait qu'elle évite l'abdomen, elle ne présente pas les risques de hernie ou d'éventration qui peuvent résulter des laparotomies.

La convalescence des femmes est très courte comme l'indique une observation placée à la fin, et les suites de couches sont bonnes. Les parturientes quittent presque toutes la clinique au bout de douze à quinze jours. La température ne s'élève jamais beaucoup, à moins d'infection profonde.

CHAPITRE IX

OBJECTIONS

L'hystérotomie vaginale antérieure comporte cependant un certain nombre d'inconvénients et de dangers que nous devons examiner. Les uns sont inhérents à l'opération elle-même, les autres lui sont consécutifs.

PENDANT L'OPÉRATION. — Les blessures de la vessie doivent être extrêmement peu fréquentes, bien qu'on en signale un peu partout le danger. Krœnig se dit partisan de l'incision cervicale postérieure pour éviter ces lésions. Bumm signale un cas de fistule urinaire après hystérotomie vaginale, mais il s'agissait d'un carcinome du col accompagné de nécrose de la partie postérieure de la vessie. C'est le seul cas que nous ayons rencontré. « La blessure de la vessie doit pouvoir toujours être évitée » (Jeannin). Si la vessie était blessée accidentellement, la suture en serait assez facile à exécuter.

La déchirure du segment inférieur, dans les manœuvres de dissection de la vessie, se produit plus facilement, dans les cas de placenta prævia.

Elle serait toutefois assez facilement réparable. L'accident, nous l'avons dit, arriva à M. de Bovis qui put régulariser la plaie et la comprendre dans l'incision.

La déchirure partant de l'incision et propagée jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin est plus grave. Nous en avons trouvé une observation. La déchirure atteignait 4 centimètres et le péritoine était ouvert. Les premiers points suturèrent le péritoine. Les suites furent bonnes. Dans les cas infectés, le danger d'un pareil accident serait particulièrement grave, mais, généralement, si l'incision est grande et l'enfant de volume moyen, une telle déchirure est peu probable. « Quand le fœtus est petit, l'incision antérieure est suffisante, c'est pourquoi il faut commencer par elle, et alors si on n'a pas encore assez de place pour l'extraction d'un enfant à terme, on fera ensuite l'incision postérieure » (Hauch). M. le professeur Bar agit de même. S'il redoute une difficulté au moment de l'extraction, il pratique la section de la lèvre postérieure suivant la technique de Dührssen. Mais ce n'est là qu'une exception.

L'hémorragie, et surtout la rencontre possible du placenta sur la paroi utérine antérieure font préférer souvent les autres procédés opératoires. Nous avons vu que les dangers de ce côté ne sont pas si fréquents qu'on peut l'imaginer, et qu'on est, en cas de besoin, suffisamment armé contre eux.

La dystocie osseuse ne permet pas de pratiquer l'hystérotomie vaginale, au moins pour les bassins

dont le diamètre mesure moins de 7 cm. 5 à 8 centimètres (Dührssen), à moins qu'elle ne soit faite consécutivement à la pubiotomie, dans des cas exceptionnels, comme nous en rapportons un exemple dans les observations de M. de Bovis. L'opérateur, avant de pratiquer l'hystérotomie vaginale, devra s'assurer que le bassin permet le passage du fœtus. Il serait prudent, à notre avis, dans le cas où on n'en serait pas absolument certain, de recourir à la césarienne classique ou à la supra-symphysaire.

L'atrésie des parties molles ou la résistance du périnée apportent parfois une gêne considérable à l'opération. On pourrait avantageusement, dans ces cas, recourir à l'incision vagino-périnéale.

La césarienne vaginale donne accès sur un pôle seulement qu'on voit à peine et qu'on sent du bout des doigts, tandis que dans la césarienne classique, on voit la cavité par son milieu et suivant sa plus grande longueur. A cause précisément de cette exigüité du champ opératoire dans la césarienne par voie basse, des accidents peuvent se produire, comme la déchirure propagée au péritoine, dont nous avons parlé, et qu'on ne reconnaît qu'au moment de la suture, après avoir peut-être injecté dans la cavité péritonéale un liquide antiseptique ou plus souvent vecteur des germes rencontrés jusque-là. Mais ce sera du devoir de l'accoucheur de bien ordonner son opération, et, sachant les accidents qui peuvent se produire, d'y prendre garde et de s'assurer, sitôt la délivrance, de l'état des organes.

La déchirure du périnée se produit parfois chez les primipares parce que l'aminçissement et la dilatation préalables ne se sont pas produits. Beckmann a noté cette déchirure six fois sur 20 primipares. Il faut dire toutefois qu'il s'agissait d'éclampsiques. Si l'on craint de la voir se produire, on peut y remédier par une épisiotomie.

Ces accidents qui peuvent se produire pendant l'opération sont donc souvent évitables ou peu conséquents, et il suffit bien souvent que l'opérateur en soit prévenu pour qu'il les évite facilement.

APRÈS L'OPÉRATION. — Un danger immédiat est l'atonie utérine et ses conséquences. Le massage possible exercé, soit à l'intérieur de l'utérus par la main de l'opérateur, soit par un aide à travers la paroi abdominale, excitera les contractions si l'utérus devient mou. On peut pratiquer aussi l'injection d'ergotine recommandée par Henkel.

L'infection du tissu cellulaire et la suppuration sont possibles, mais peu graves, étant données les facilités d'un large drainage, sans rétention des sanies.

La paralysie vésicale se produit parfois, à cause du tiraillement qu'a subi la vessie. Elle ne dure pas et disparaît rapidement.

Le danger de rupture, lors des grossesses ultérieures, a été souvent discuté. Pour certains, la minceur du segment inférieur, à la fin de la grossesse, est déjà suffisamment dangereuse en elle-même sans qu'il soit besoin d'y ajouter une cicatrice qui consti-

tuera un *locus minoris resistentiæ*. Et si le placenta s'insère sur la cicatrice, c'est la friabilité plus grande, c'est la pénétration du chorion dans les tissus de cicatrice, et leur dissociation, suivant les théories de Alexandroff et de Eskstein, qui vont en résulter. Aussi, pour Stroganoff, de Saint-Pétersbourg, la rupture est certaine.

En réalité, si la rupture se produit au lieu d'insertion placentaire, elle doit être assez fréquente, semble-t-il, dans les grossesses consécutives à des césariennes classiques, comme nous l'avons dit plus haut. Or, M. le professeur Bar déclare n'avoir jamais eu semblable accident après la césarienne. Nous avons recueilli 16 observations d'accouchements chez des femmes qui avaient été opérées suivant la technique de Bumm antérieurement. Il n'y eut pas d'accident. Il en est de même d'ailleurs de l'opération de Dührssen, puisque Olow rapporte 30 cas d'accouchements normaux chez des femmes qui avaient subi auparavant l'intervention. Les ruptures se produiraient même moins souvent après l'hystérotomie vaginale antérieure qu'après la césarienne de Dührssen si l'on admet comme Labhardt que les cicatrices du col sont moins résistantes que celles de l'utérus, et puisque, pour une, consécutive à l'opération de Bumm, il y en a deux suivant la méthode de Dührssen. D'ailleurs, le segment inférieur, dit M. de Bovis, ne se contracte pas. Il se laisse dilater simplement et cette distension passive est favorable au maintien de la cicatrice.

La dilatation normale du col ne semble pas influencée par le tissu cicatriciel, puisque les accouchements, dont nous venons de parler, se sont passés normalement. La cicatrice est unique et linéaire et il ne saurait y avoir, au plus, qu'un très léger retard dans la dilatation.

On a accusé aussi l'hystérotomie vaginale antérieure de produire des déviations, des adhérences vicieuses. Il est très possible que ces adhérences se produisent dans les cas infectés, Kühl cite un cas où l'utérus était dévié latéralement. La femme, devenue enceinte, eut des douleurs pendant plusieurs mois, puis la distension permit à l'utérus de se libérer des adhérences. L'accouchement se passa normalement. Nous n'avons pas trouvé ailleurs d'observations concernant des accidents dus à ces vices de cicatrisation.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

1° L'hystérotomie vaginale antérieure est la section, en avant, du col et du segment inférieur de l'utérus par la voie vaginale.

2° Elle a pour but de délivrer rapidement les parturientes dont l'état réclame une intervention hâtive, sans passer par la voie abdominale.

3° Elle évite l'infection du péritoine, qui est ouvert ou manipulé dans les césariennes classique et supra-symphysaire. Elle est applicable aux cas infectés.

4° Les résultats en font l'opération de choix dans l'éclampsie quand les moyens non sanglants ne donnent pas de résultat satisfaisant.

5° Son application dans certains cas de placenta prævia semble utile, bien que souvent il ne soit pas nécessaire d'en venir à cette intervention.

6° Elle peut être indiquée dans quelques cas de prolapsus utérin sans hypertrophie excessive du col.

7° Elle n'est pas applicable aux cas de bassins rétrécis qui ne peuvent laisser passer un fœtus à terme,

ou qui sont obstrués par une volumineuse tumeur.

8° C'est une opération rapide. L'extraction de l'enfant suit de quelques minutes le début de l'incision.

9° C'est une opération simple. C'est un coup de ciseaux à donner, au besoin sans anesthésie.

10° Les suites opératoires sont bonnes dans presque tous les cas et les femmes guérissent rapidement.

11° Le danger de rupture utérine n'est pas à craindre lors des grossesses ultérieures.

12° Les cicatrices vicieuses consécutives à l'infection ne paraissent pas s'opposer à l'évolution normale de la grossesse et à l'accouchement spontané.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de thèse,
PAUL BAR

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

CHAPITRE XI

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS D'HYSTÉROTOMIE VAGINALE ANTÉRIEURE PRATIQUÉES PAR M. LE PROFESSEUR DE BOVIS

OBSERVATION I

Hystérotomie pour placenta prævia

B..., âgée de vingt-cinq ans, multiplare à huit mois de gestation. Premier accouchement le 2 mars 1909. Enfant vivant. Fausse couche de deux mois le 15 juin 1910.

Dernière menstruation le 15 août 1910. Depuis le mois de février, la femme perd un peu de sang. L'examen, pratiqué à l'entrée de la femme à la maternité le 14 avril 1911 à 4 heures du soir, permet de reconnaître le fond de l'utérus placé à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Le col est effacé, l'ouverture des orifices est de 4 à 5 centimètres.

Présentation de l'épaule droite. Dos en avant.

L'hystérotomie vaginale antérieure, suivie de la version et de l'extraction du fœtus, est faite à 5 h. 1/2 du soir.

La paroi antérieure du segment inférieur était très friable. En décollant la vessie de l'utérus, M. de Bovis fit un trou dans la paroi avec le doigt. Il put cependant régulariser cette perte de substance en la comprenant dans l'incision de l'hystérotomie. Il n'y eut pas d'hémorragie bien que le placenta occupât la paroi antérieure. Il fallut déchirer les membranes et le placenta pour pénétrer dans la cavité utérine.

Les suites de couches furent bonnes. Huit jours après l'opération, l'utérus était revenu à un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

La température atteignit 38°2 les deux jours qui suivirent l'intervention. Elle descendit ensuite et disparut complètement le cinquième jour.

La mère sortait le 23 avril, bien portante, avec un enfant du poids de 2 kgr. 400.

OBSERVATION II

Hystérotomie pour placenta prævia

H..., âgée de trente ans. Neuvième grossesse. Dernière menstruation le 29 mai 1910. Entrée à la salle de travail le 2 mars 1911 à 7 h. 1/2 du soir.

« Cette femme, dit M. de Bovis, a été prise vers 5 heures du soir, dans la banlieue de Reims, d'une hémorragie formidable pendant qu'elle était à son travail. Je n'ai pu savoir si c'était la première. Elle est donc arrivée à l'hôpital dans un état d'anémie suraiguë. Quand je suis arrivé, j'ai trouvé le poulx extraordinairement rapide et filiforme. Il n'y eut pas

de perte de sang nouvelle, sauf un léger suintement. Au bout de quelques instants d'observation, le pouls est devenu encore plus mauvais et un peu de sang s'est écoulé par les parties génitales. Je me suis empressé d'exécuter l'hystérotomie. Il n'y eut pas d'hémorragie pendant l'intervention, mais il faut bien dire que la parturiente n'avait littéralement plus de sang à perdre. Opérée moribonde, elle succomba pendant l'opération. L'enfant avait succombé antérieurement. »

OBSERVATION III

Hystérotomie pour placenta prævia

D..., tertipare. Cette femme fut prise le 25 décembre 1911 d'une très violente hémorragie. M. de Bovis eut une consultation le jour même avec le médecin traitant. Il trouva une femme pâle, grande, d'aspect lymphatique. Le col était entr'ouvert et le placenta perceptible. Présentation du sommet. Pas de phénomènes nets du travail. L'hémorragie était arrêtée à ce moment. M. de Bovis, pendant l'examen, fut frappé par une dilatation atonique considérable de l'estomac.

Le surlendemain, nouvelle hémorragie moins considérable que la première, qui avait été d'environ 1 lit. 1/2 d'après les renseignements fournis. Sous l'influence des injections chaudes à 48 degrés l'écoulement sanguin s'arrête dans l'après-midi.

M. de Bovis revoit la parturiente le soir. La pâleur est un peu plus accentuée, l'estomac toujours aussi dilaté. Le

pouls est à 100. Il y a quelques phénomènes de début du travail. Dans la crainte d'hémorragie nouvelle, on décide de pratiquer l'hystérotomie. L'opération est faite à 10 heures du soir. Anesthésie au chloroforme. Placenta prævia central. Extraction de l'enfant par le siège après version. La perte sanguine totale, délivrance comprise, fut de 200 gr. au plus. Après l'opération, et malgré tous les moyens employés (injections de caféine, éther, sérum, huile camphrée, strychnine), l'état du cœur ne s'améliore pas et la parturiente succomba sans hémorragie nouvelle à 3 heures du matin.

L'enfant, né en état d'asphyxie blanche, fut facilement ranimé. Il est bien portant.

Les hémorragies furent importantes, mais M. de Bovis pense qu'elles eussent été insuffisantes pour provoquer la mort, d'autant plus que l'hémorragie opératoire fut faible et que l'enfant vécut. A cause peut-être d'un défaut naturel de résistance ou par suite d'intoxication gravidique (étant donnée la dilatation gastrique), cette femme succomba au traumatisme obstétrical et opératoire.

OBSERVATION IV

Hystérotomie pour placenta prævia.

D..., multipare à six mois et demi de gestation. Trois accouchements antérieurs, en 1908, 1910 et 1911 se terminèrent à sept mois de gestation. Enfant mort-nés.

Dernière menstruation le 15 novembre 1911. La femme perd un demi-litre de sang le 6 juin 1911 à 11 heures du matin. Cette hémorragie s'accompagne de vertiges et de

tendances syncopales. On amène la parturiente à la Maternité le même jour à 5 heures 1/2 du soir. Lavages. Injections chaudes. La dilatation du col est de 2 à 3 centimètres. Rupture de la poche des eaux. On sent un pied. Le col reste épais, ne se dilate plus. Redoutant la réapparition d'hémorragies abondantes, M. de Bovis pratiqua l'hystérotomie vaginale antérieure suivie de l'extraction de l'enfant à 9 heures 1/2 du soir. L'intervention n'offrit pas de difficultés. Pas d'hémorragie notable. Enfant mort-né pesant 1 kilogramme.

Les suites opératoires furent excellentes (la parturiente n'avait été touchée du reste que deux fois, une fois en ville par une sage-femme et une fois à la Maternité par la maîtresse sage-femme). La température s'éleva un peu au deuxième jour (38°2, mais semblables élévations de température se voient, sans intervention, chez les parturientes ayant eu des hémorrhagies.

OBSERVATION V

Hystérotomie pour prolapsus

F..., multipare, ayant un prolapsus modéré de l'utérus. Le col était assez hypertrophié. Il s'effaça tant bien que mal cependant. Après quarante-huit heures de travail, le médecin, assez éloigné de Reims, fit appeler, le 6 octobre 1909, M. de Bovis qui trouva un col rigide, œdémateux, avec 2 ou 3 centimètres de dilatation et une longueur de 2 centimètres. Hystérotomie vaginale antérieure typique. Il n'y eut pas trace d'hémorragie. L'opération fut facilitée

par l'induration du col et du segment inférieur. Extraction d'un enfant vivant.

La poche des eaux était rompue depuis longtemps et les suites de couches furent fébriles. Il y eut une phlébite et la patiente garda longtemps de la suppuration vaginale, imputable probablement au développement consécutif d'un abcès pelvien. Ces suites infectieuses ne doivent pas trop surprendre, étant donné le milieu (campagne) et l'ancienneté du début du travail (deux jours). En outre, les touchers avaient été pratiqués à maintes reprises.

OBSERVATION VI

Hystérotomie pour rigidité du col, après pubiotomie

D..., multipare, âgée de trente-quatre ans. A marché à deux ans. Première grossesse terminée à six mois et demi le 17 octobre 1898 (enfant mort-né). Le travail débute vers 3 ou 4 heures de l'après-midi, le 25 mai 1911. La femme entre à la maternité le même jour à 6 heures du soir. Poche des eaux rompue. Léger rétrécissement du bassin. La tête fœtale n'est pas engagée. M. de Bovis pratique une pubiotomie gauche à 9 h 1/2 du soir. Le col reste épais et résistant. On pratique une hystérotomie vaginale antérieure.

Les suites de couches furent fébriles. La température se maintint pendant quatorze jours à la hauteur de 38°5 en moyenne. Elle revint ensuite à la normale. L'enfant est vivant et bien portant à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VII

Hystérotomie par rigidité du col.

N..., primipare à terme. Début du travail le 9 juin 1912 à 9 heures du matin. Le médecin traitant l'amène de Vouziers à la Maternité de Reims le 10 juin à 7 heures du soir. Il avait constaté la rigidité du col et redoutait d'intervenir, le milieu étant peu favorable. Le col avait 5 à 6 centimètres de dilatation, mais était très épais. Il suffit de pratiquer un minime décollement de la vessie pour obtenir une incision suffisante pour laisser passer la tête fœtale. Celle-ci était en O. I. G. T., bien fléchie et bien engagée par son sommet; grosse bosse sanguine et chevauchement marqué des os pariétaux. Le promontoire, quand on en vint à appliquer le forceps, parut anormalement saillant. L'extraction fut assez laborieuse à cause probablement d'un léger degré de rétrécissement pelvien. Cette extraction difficile fut cause de la mort fœtale. Si l'on avait pu mieux juger de l'état du bassin, une pubiotomie aurait été à ajouter à l'hystérotomie (1).

La parturiente n'a pas encore quitté la Maternité, mais semble en bonne voie de guérison. La température a été de 38 degrés tous les soirs, sauf les quatrième et cinquième jours où elle s'éleva à 39 degrés par suite de rétention stercorale.

1. La pubiotomie est en effet praticable chez les primipares, si l'on suit la technique indiquée par M. de Bovis. (*Obstétrique*, avril 1911).

De grands lavages intestinaux provoquèrent une débâcle intestinale. Pendant le puerperium il a existé aussi de la rétention des urines qui persiste encore. L'intervention n'y est pour rien, d'après M. de Bovis, qui pense qu'elle reconnaît la même étiologie que la rétention stercorale.

OBSERVATION VIII

Hystérotomie pour môle hydatiforme

M^{me} R..., nullipare, âgée de vingt ans. Taille moyenne, constitution un peu grêle. Mariée depuis un ou deux ans. Elle devint enceinte. Au bout de quatre ou cinq mois de grossesse, des hémorragies survinrent, et entraînèrent un état d'anémie grave. Au bout d'une huitaine [de] jours pendant lesquels les pertes sanguines continuèrent, et après force touchers et traitements divers, M. de Bovis fut appelé en consultation, le 3 avril 1911. « Je trouvai, dit-il, un utérus volumineux, répondant à une grossesse de six à sept mois, un col fermé, rigide, ayant toute sa longueur, un suintement sanguinolent plutôt que du sang pur, de la fièvre. Je ne me souviens pas s'il y avait albuminurie. Pensant à un placenta prævia, je fis donner des injections chaudes, sans résultat. Durant la nuit, le suintement sanguin reprend. A 6 heures du matin, je pratique l'incision antérieure du col, toujours fermé et toujours long, et du segment inférieur. Issue d'une grande quantité de fines vésicules ressemblant à de gros grains de riz, mais transparentes. L'utérus est curé à la main. Suture de la plaie utérine. La malade avait 38°2 avant l'intervention,

» Les suites furent inquiétantes pendant une huitaine de jours : la fièvre s'éleva à 39 ou 40 degrés, le pouls à 110 ou 120 ; la femme eut des frissons, et vers le troisième ou quatrième jour, il y eut comme une ébauche de pneumonie septique. Tout rentra dans l'ordre peu à peu et la malade sortit, malgré mes conseils, au bout de quinze ou dix-huit jours. Elle venait à peine d'entrer en apyrexie.

» Un mois plus tard cette patiente succomba à une péritonite aiguë. Je n'ai pu savoir ni pourquoi ni comment. Le médecin traitant avait fait appel à un autre praticien et j'ignore absolument ce qui s'est passé et notamment si la péritonite fut antérieure ou postérieure à une intervention. Le col était très rigide, par suite probablement d'hypoplasie utérine. J'imagine que les sécrétions utérines stagnèrent dans l'utérus et développèrent une salpingite, laquelle, à son tour, put engendrer une péritonite. Si j'avais été appelé, ou si la patiente avait continué à me voir, la connaissance de l'état de son col m'aurait peut-être mis en temps opportun sur la voie d'une thérapeutique. »

CHAPITRE XII

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALIKA. — Sectio cæsarea vaginalis bei eklampsie (Gynäkologische Sektion des kl. ungar. Ärtztereins zu Budapest) (Zentralbl. f. Gynäk., 1907, n° 43).
- BAR et COMMANDEUR. — De la Pathogénie et du Traitement de l'éclampsie puerpérale (L'Obstétrique, 1911, p. 1180).
- BAR (P.). — Accouchement par la dilatation rapide du col. Congrès international des sciences médicales de Budapest, 1909 (L'Obstétrique, septembre 1909).
- Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris, 1907, n° 48.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La Pratique de l'art des accouchements, t. II.
- BECKMANN. — Vaginaler Kaiserschritt bei Eklampsie (Monatsch. f. Geb. u. Gynäkol., 1910. Bd. XXXV, H 2, p. 168).
- BELA NADORY. — Fünf Fälle von vaginalem Kaiserschnitt (Zentralb. f. Gynäk., 1907, n° 39, p. 1185).
- BOVIS (de). — Le Traitement chirurgical du placenta prævia est-il justifié ? 1911, p. 125 (Les hémorragies post-partum du placenta prævia et leur hémostase. Semaine médicale, 1909, p. 88).
- BUMM. — Zur Technik und Anwendung des vaginalen Kaiserschnitts (Zentralb. f. Gynäk., 1902, n° 52, p. 1417).
- BUTTNER. — Beiträge zur Kasuistik des vaginalen Kaisers-

- chnitts bei Eklampsie, placenta prævia und Karzinom des schwangeren uterus (Zentralb. f. Gynäk., 1907, n° 29, p. 918).
- CALDERINI. — Rassegna di ostetricia e gynecologia, juillet 1909, p. 419.
- DCEDERLEIN. — Placenta prævia und Hysterotomia vaginalis anterior (Archiv. für Gynäk., 1910. Bd XCII, H. 1).
- DU HRSSSEN. — Ein Fall von vaginaler Kaiserschnitt bei placenta prævia (Zentralb. f. Gynäk., 2 april 1904).
- Zur Behandlung der placenta prævia (Berlin. klin. Wochensch., 13 déc. 1909).
- La Section vaginale (L'Obstétrique, 1910).
- ESSEN-MÖLLER. — A propos de la dilatation rapide du col et de la césarienne vaginale (L'Obstétrique, 1909, p. 763).
- Ein Fall von Nierende dekapsulation bei Eklampsie (Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 14, p. 449).
- FRANK. — Zur Technik der supra-symphysären Kaiserschnitts (Zentralb. f. Gynäk., 1911, n° 6, p. 232).
- FRIEDEMANN. — Soll beim vaginalem Kaiserschnitts des Uterus nur durch einen vorderen Längsschnitt oder gleichzeitig hinten und vorn eröffnet werden (Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 10, p. 356).
- FRY. — Operat. cesar. vag. pr. Éclampsie (Amer. Journ. of. Obst., 1907, p. 394).
- Gobiet. — Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie (Zentralb. f. Gynäk., 1907, n° 31, p. 971).
- HAINDL. — Über die Indikationstellung zum klassischen und zum vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie (Zentralb. f. Gynäk., 1907, n° 13, p. 372).
- HAUCH. — L'Accouchement méthodiquement rapide (L'Obstétrique, 1910, p. 910).
- HENKEL. — Die Therapie der placenta prævia (Archiv. f. Gynäk., 1908. Bd. LXXXVI. H. 3).
- HOFMEIER. — Münchener medicin. Wochensch., 1904, n° 3, p. 97.
- HOLMES. — Die blutigen Methoden der schnellen Erweite-

- rung der Cervix (Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 34, p. 1130).
- HUSSEY. — Amer. Journ. of. Obstetrics, 1912, p. 86.
- IVAOLA. — Prolapsus et grossesse (Revue médicale de l'Uruguay, nov. 1909).
- JEANNIN. — Incision du col de l'utérus pendant l'accouchement et césarienne vaginale de Dürrssen (L'Obstétrique, 1910, p. 948).
- KAYSER. — Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie (Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 32, p. 1078).
- KREISCH. — Sectio cæsarea bei Eklampsie (Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 43, p. 1434).
- KRONIG. — Zur Behandlung der Placenta prævia (Zentralb. f. Gynäk., 1908, p. 1497).
- Zur Klinik der Placenta prævia (Zentralb. f. Gynäk., 19 aprvil 1909).
- In Discussion de la communication de Labhardt: Über placenta prævia cervicalis (Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, sitzung der 22 mai 1908 (Beitrage zu Geburtsh. u. Gynäk., 1908. Bd. XIII. H. 2, p. 319).
- LABHARDT. — Über Uterusrupturen in Narben (Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk., 1904. Bd. LIII. H. 3).
- LICHTENSTEIN. — Extraperitonealer Kaiserschnitt und Uterusrupturgefahr bei späteren Eutbindungen (Zentralb. f. Gynäk., 1910, n° 26, p. 865).
- LIEPMANN. — Die Hysterotomia vaginalis anterior (vorderer Scheiden-Gebärmutterschnitt). Ihre Bedeutung für die Geburtshilfe (Zentralb. f. Gynäk., 1907, n° 31, p. 949).
- LUCKENBEIN. — Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis. (Munchener medicin. Wochensh. 1908, n° 23, p. 1229).
- MICHAÏLOW. — Über den vaginalen Kaiserschnitt. IV Kongress russischer Gynäkologen und Geburtshelfer in Saint-Petersburg vom, 16-18 dezember 1911.

- MULLER. — Zur Behandlung der Placenta prævia. Thèse de Berlin, 1907.
- NIJHOFF. — Vaginale sectio cæsarea. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 20 juillet 1907.
- OLOW. — Zur Frage von der Uterusrupturgefahr (Zentralb. f. Gynäk., 1910, n° 31).
- PANKOW. — Über placenta prævia (Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk., 1909. Bd. LXIV. H. 2).
- PEHAM. — Über Uterusrupturen in Narben (Zentralb. f. Gynäk., 1902, n° 4, p. 86).
- PETERSEN. — Der vaginale Kaiserschnitt als Therapie der Eklampsie auf grund von 530 veröffentlichten und nicht veröffentlichten Fällen (Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children, vol. LXIV. Nr. I, 1911 juli. Zentralb. f. Gynäk., 1911, n° 45).
- REIFFERSCHIEDT. — Über die Behandlung der Eklampsie (Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 43, p. 1417).
- ROSENFELD. — Der vaginale Kaiserschnitt in Russland nebst Mitteilung von zwei eigenen Fällen (Zentralb. f. Gynäk., 1910, n° 49, p. 1589).
- ROTTER. — Vier Fälle von Sectio cæsarea vaginalis (Zentralb. f. Gynäk., 1907, n° 39, p. 1182).
- RUHL. — Über einen Fall von vorderen Uterus-Scheidenschnitt (Hysterotomie vaginalis anterior) infolge hochgradiger Rigidität der Cervix, kompliziert mit einem Riss durch unteres Uterinsegment und Parametrium (Zentralb. f. Gynäk., 1903, n° 34, p. 1044).
- SCHEFFZEK. — Die Uterusnarbe des korporalen und cervicalen Kaiserschnitts und ihre Chancen bei späteren Schwangerschaften und Geburten (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 1910. Bd. LXVII. H. 3).
- SEITZ. — Über Indikationen zur Hysterostomatomie (Zentralb. f. Gynäk., 1909, p. 123).
- SIGWART. — Zur Behandlung der placenta prævia (Zentralb. f. Gynäk., 1910, n° 28).
- THIES. — Zur Behandlung der placenta prævia (Zentralb. f. Gynäk., 1912, n° 8).

- Monatsch. f. geb. u. Gynäk. Bd. XXIX. H. 3.
WEISSWANGE. — Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie
(Zentralb. f. Gynäk., 1908, n° 10, p. 337).
WESTPHAL. — Zur Kasuistik der geburten nach vaginalen
Kaiserschnitt und vaginäfixur (Zentralb. f. Gynäk.,
1906, n° 29, p. 811).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CAPITRE PREMIER. — Introduction.....	11
CAPITRE II. — Technique de l'opération.....	13
CAPITRE III. — Indications..	21
CAPITRE IV. — Contre-indications	23
CAPITRE V. — Son application dans l'éclampsie.....	25
CAPITRE VI. — Son application dans le placenta prævia.....	31
CAPITRE VII. — Son application dans le prolapsus...	41
CAPITRE VIII. — Avantages.....	43
CAPITRE IX. — Objections.....	47
CAPITRE X. — Conclusions	53
CAPITRE XI. — Observations	55
CAPITRE XII. — Index bibliographique.....	67

